

Nazwisko i adres klienta

Prosimy w całości wypełnić i odesłać na adres

HanseMerkur Reiseversicherung AG
c/o APRIL Polska Sp.z o.o.
Ul. Sienna 73
00-833 Warszawa
E-Mail: hansemerkur@pl.april.com

Zgłoszenie szkody w ramach ubezpieczenia rezygnacji z podróży

Numer ubezpieczenia _____

Szanowni Państwo,
niestety był(a) Pan(i) zmuszony/zmuszona do anulowania wyjazdu. W celu sprawnego rozpatrzenia zaistniałej szkody potrzebujemy od Pana/Pani ważnych informacji. W tym celu prosimy o dokładne i kompletne wypełnienie tego zgłoszenia szkody. Dziękujemy bardzo za pomoc!

I. Informacje dotyczące podróży:

- 1) Organizator wyjazdu: _____ Cel podróży: _____
- 2) Biuro podróży: _____
- 3) Data rezerwacji: _____ Data anulowania rezerwacji: _____
- 4) Data rozpoczęcia podróży: _____ Data zakończenia podróży: _____

II. W stosunku do których uczestników podróży wyjazd został anulowany? (Imię i nazwisko, adres, data urodzenia, nr telefonu, e-mail)

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

III. Imię, nazwisko i adres osoby, która wywołała zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową:

Prosimy również podać **stosunek pokrewieństwa**.

IV. Koszty anulowania wyjazdu / dodatkowych kosztów podróży przy wyjeździe / zmiany rezerwacji:

Koszty anulowania wyjazdu, wzgl. powstałe koszty _____ PLN, które odpowiadają wartości ___ % ceny podróży.
Koszty anulowania wyjazdu, wzgl. powstałe Koszty _____ PLN, które odpowiadają wartości ___ % ceny podróży.
Koszty anulowania wyjazdu, wzgl. powstałe koszty _____ PLN, które odpowiadają wartości ___ % ceny podróży.
Należy pamiętać, że w zależności od wybranej taryfy ubezpieczeniowej konieczny może okazać się udział własny.

V. Powód anulowania wyjazdu:

- | | | | | |
|--|--------------------------|---|---|---|
| Choroba | <input type="checkbox"/> | } | → | Załączony kwestionariusz prosimy przekazać do wypełnienia przez lekarza prowadzącego. |
| Wypadek | <input type="checkbox"/> | | | |
| W razie wypadku prosimy o przyczynę wypadku: | | | | |
| Ciąża lub nieprawidłowa reakcja na szczepionkę | <input type="checkbox"/> | | → | Prosimy o przesłanie nam szczegółowego zaświadczenia lekarza prowadzącego bądź ginekologa. |
| Bezrobocie z powodu wypowiedzenia stosunku pracy z przyczyn leżących po stronie przedsiębiorstwa. | <input type="checkbox"/> | | → | Prosimy o przesłanie nam wypowiedzenia swojego pracodawcy oraz zaświadczenia z urzędu pracy |
| Zmiana miejsca pracy | <input type="checkbox"/> | | → | Prosimy o przysłanie nam potwierdzenia wypowiedzenia od poprzedniego pracodawcy |
| Ponowne nawiązanie stosunku pracy | <input type="checkbox"/> | | → | Prosimy o przysłanie nam decyzji o zniesieniu przyznanego zasiłku stosunku pracy wydanej przez urząd pracy oraz nowej umowy o pracę |
| Śmierć | <input type="checkbox"/> | | → | Prosimy o przesłanie kopii aktu zgonu i podanie stosunku pokrewieństwa . |

Pozostałe powody: _____

Przerwanie podróży: Prosimy skorzystać ze zgłoszenia szkody w ramach ubezpieczenia kosztów przerwania podróży dostępnego na stronie www.hmr.de/web/en/service/claim-service/notifications-of-claims.

Czy zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową (np. wypadek) zostało spowodowane przez osobę obcą?

Nie Tak Jeżeli tak, prosimy podać Imię i nazwisko i dokładny adres tej osoby oraz ew. numer dziennika i postereunek policji:

Kiedy zaistniało zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową? _____

W przypadku choroby: Czy stwierdzono niezdolność do pracy? Nie _____ Tak
 Jeżeli tak, to prosimy załączyć do dokumentacji szkody kopię zaświadczenia o niezdolności do pracy oraz podać nazwisko/nazwę i adres pracodawcy:

VI. Czy zawarto inne ubezpieczenie?

Czy jest Pan(i) objęty/-a dodatkową ochroną ubezpieczeniową na wypadek rezygnacji z podróży, np. w innej firmie ubezpieczeniowej, w ramach posiadanej karty kredytowej (np. MasterCard, VISA, American Express) lub poprzez członkostwo w organizacjach?

Nie Tak Jeżeli tak, to prosimy podać numer ubezpieczenia / numer członkowski / numer karty kredytowej oraz nazwę instytucji, która wydała kartę kredytową bądź organizacji. _____

Czy zgłoszono tam szkodę? Nie Tak

**VII. Komu mają zostać wypłacone ewentualne świadczenia ubezpieczeniowe?
 (Imię i nazwisko, adres, dane bankowe, ew. IBAN, SWIFT CODE, nazwa i adres banku)**

Podpis ubezpieczonego

Nr ubezpieczenia: _____ Nr szkody: _____
Jeżeli jeszcze nie podano, prosimy podać Jeżeli jest znany, proszę podać

VIII. Prosimy o nadesłanie następujących dokumentów, które umożliwią nam rozpatrzenie Pana/Pani szkody:

Polisa ubezpieczeniowa	<input checked="" type="checkbox"/>	Dowód opłacenia składki ubezpieczeniowej	<input checked="" type="checkbox"/>
Potwierdzenie rezerwacji podróży / 1. rachunek organizatora wyjazdu (kopia)	<input checked="" type="checkbox"/>	Lista uczestników organizatora wyjazdu	<input type="checkbox"/>
Oryginał rachunku wykazującego koszty anulowania	<input checked="" type="checkbox"/>	Warunki uczestnictwa podróży organizatora wyjazdu	<input type="checkbox"/>
Oryginał umowy najmu zakwaterowania	<input type="checkbox"/>	Warunki najmu określone przez wynajmującego	<input type="checkbox"/>
Oryginały biletów lotniczych (za wyjątkiem zwrotu kosztów)	<input checked="" type="checkbox"/>	Potwierdzenie płatności w przypadku dokonania rezerwacji kartą kredytową wraz z informacją o terminie ważności	<input checked="" type="checkbox"/>

W przypadku skorzystania z platformy E-Ticketing do elektronicznej rezerwacji biletów – dokument potwierdzający fakt nieskorzystania z podróży
Organizator wyjazdu nie udostępnił oryginału faktury zawierającej koszty anulowania wyjazdu.

Prosimy nie zszywać dokumentów ani nie łączyć ich ze sobą spinaczami! Dziękujemy bardzo za pomoc.

IX. Informacja o skutkach naruszenia obowiązków po powstaniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.

Pouczenie

Szanowni Państwo,
kiedy ma miejsce zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową, potrzebna jest nam Pana/Pani pomoc.

Obowiązki dotyczące udzielania informacji i wyjaśnień

Na podstawie zawartych z Panem/Panią porozumień umownych w przypadku wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową możemy domagać się od Pana/Pani udzielenia wszelkich informacji niezbędnych do weryfikacji zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową lub do ustalenia zakresu naszego zobowiązania do świadczenia umownego (obowiązek udzielenia informacji) oraz umożliwienia nam właściwej weryfikacji naszego zobowiązania do świadczenia umownego poprzez podanie wszelkich danych, mogących posłużyć do wyjaśnienia stanu faktycznego (obowiązek udzielenia wyjaśnień). Możemy również domagać się od Pana/Pani udostępnienia dowodów/dokumentów, o ile można tego żądać.

Zwolnienie ubezpieczyciela z obowiązku świadczenia umownego

Jeżeli wbrew uzgodnieniom umownym celowo nie przekaze nam Pan/Pani żadnych danych albo przekaze dane nieprawdziwe lub celowo nie udostępni nam Pan/Pani żądanych dowodów/ dokumentów, wówczas utraci Pan/Pani prawo do świadczenia ubezpieczeniowego. Jeśli naruszy Pan/i te obowiązki w wyniku rażącego niedbalstwa, to wprawdzie nie utraci Pan/i całkowicie prawa do świadczenia, jednak możemy obniżyć nasze świadczenie proporcjonalnie do wagi Pańskiego/Pani przewinienia. Obniżenie świadczenia nie nastąpi, jeśli przedstawi Pan/i dowód na to, że obowiązek nie został naruszony w wyniku rażącego niedbalstwa.

Mimo naruszenia przez Pana/Panią obowiązku udzielenia informacji, wyjaśnień i dostarczenia dowodów/dokumentów, pozostaniemy jednak nadal zobowiązani do świadczenia umownego, o ile udowodni Pan/Pani, że celowe lub wynikające z rażącego niedbalstwa naruszenie obowiązków nie stało w związku przyczynowym z ustaleniem zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową ani z ustaleniem lub zakresem naszego zobowiązania do świadczenia umownego.

W przypadku podstępnego naruszenia obowiązku udzielenia informacji, wyjaśnień lub dostarczenia dowodów/dokumentów, będziemy bezwzględnie zwolnieni z obowiązku świadczenia umownego.

Wskazówka:

W przypadku gdy prawo do świadczenia umownego przysługuje nie Panu/Pani, lecz osobie trzeciej, to również ta osoba jest zobowiązana do udzielenia informacji, wyjaśnień oraz do dostarczenia dowodów/dokumentów.

Miejscowość: _____ Data: _____

Podpis Osoby ubezpieczającej i ubezpieczonej lub przedstawiciela ustawowego.

Nr ubezpieczenia: _____ Nr szkody: _____

X. Oświadczenia końcowe

Składam zapewnienie, że podane przeze mnie powyższe informacje są kompletne i zgodne z prawdą. Zostałem poinformowany/poinformowana o tym, że podanie nieprawdziwych lub niepełnych danych może spowodować utratę ochrony ubezpieczeniowej. Przyjmuję do wiadomości powyższe wskazówki ustawy o umowie ubezpieczenia odnośnie skutków naruszenia obowiązków po powstaniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.

Ponadto dokonuję na rzecz HanseMerkur Reiseversicherung AG cesji swoich praw i należności od sprawcy wypadku/zobowiązanego z tytułu odpowiedzialności cywilnoprawnej, wzgl. od mojej ustawowej kasy chorych/prywatnego towarzystwa ubezpieczeń zdrowotnych w wysokości świadczeń wypłaconych przez HanseMerkur Reiseversicherung AG.

Miejscowość: _____ Data: _____

Podpis ubezpieczyciela i ubezpieczonego lub przedstawiciela ustawowego

XI. Zgoda na pozyskiwanie i wykorzystywanie danych dotyczących stanu zdrowia, oświadczenie o zwolnieniu z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej i świadectwo lekarskie

Nr ubezpieczenia: _____ Nr szkody: _____

1. Pozyskiwanie, przechowywanie i wykorzystywanie przekazanych przez Pana/Panią danych dotyczących stanu zdrowia przez HanseMerkur Reiseversicherung AG

Udzielam zgody na pozyskiwanie, przechowywanie i wykorzystywanie przez HanseMerkur Reiseversicherung AG danych dotyczących stanu zdrowia przekazanych w niniejszym wniosku o przyznanie świadczeń, a także danych przekazywanych w przyszłości, o ile jest to niezbędne w celu wykonania, weryfikacji świadczenia umownego lub zakończenia niniejszej umowy ubezpieczeniowej.

Podpis ubezpieczyciela i ubezpieczonego lub przedstawiciela ustawowego

2. Udzielenie zgody w przypadku weryfikacji świadczenia umownego (zwolnienie z obowiązku dochowania tajemnicy)

W przypadku gdy to nie Pan/i osobiście jest chory/a lub jest ofiarą wypadku, wówczas prosimy przedłożyć niniejsze oświadczenie do podpisania przez osobę, której dane dotyczące stanu zdrowia mają zostać pozyskane bądź wykorzystane (osoba ubezpieczona lub osoba obciążona ryzykiem, np. rodzice, dzieci, dziadkowie).

Oświadczenie nie stanowi ogólnego zwolnienia z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej, lecz obejmuje jedynie informacje na temat schorzeń mających związek z anulowaniem podróży. Pan/Pani, wzgl. osoba, w stosunku do której mają zostać pozyskane dane dotyczące stanu zdrowia, może odmówić złożenia poniższych oświadczeń. W takim wypadku ewentualny obowiązek świadczenia umownego ze strony HanseMerkur Reiseversicherung AG ulega zawieszeniu co najmniej do czasu, w którym ponownie umożliwi jej się zweryfikowanie obowiązku świadczenia.

Wyrażam zgodę na to, by firma HanseMerkur Reiseversicherung AG - o ile jest to niezbędne do weryfikacji zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową - pozyskiwała moje dane dotyczące stanu zdrowia u następującej osoby:

Imię i nazwisko: _____
Adres: _____

Imię i nazwisko: _____
Adres: _____

Imię i nazwisko: _____
Adres: _____

i wykorzystywała je w celu weryfikacji zobowiązania do świadczenia umownego.

Zwalniam wymienione osoby oraz pracowników wymienionych instytucji z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej, o ile przekazaniu będą podlegały moje zapisane w dozwolony sposób dane dotyczące stanu zdrowia, pochodzące z badań, konsultacji, terapii oraz wniosków i umów ubezpieczeniowych z okresu do dziesięciu lat przed złożeniem wniosku do HanseMerkur Reiseversicherung AG.

Ponadto wyrażam zgodę, aby w związku z powyższym - o ile będzie to wymagane - moje dane dotyczące stanu zdrowia były przekazywane tej placówce przez HanseMerkur Reiseversicherung AG i w tym zakresie zwalniam również osoby działające w imieniu HanseMerkur Reiseversicherung AG z obowiązku dochowania tajemnicy.

3. Udostępnianie danych w celu wydania opinii medycznej

Aby dokonać weryfikacji zobowiązania do świadczenia umownego może być konieczne zaangażowanie biegłych w zakresie medycyny. HanseMerkur Reiseversicherung AG potrzebuje w tym celu Pana/Pani zgody i zwolnienia z obowiązku dochowania tajemnicy. Będzie Pan/Pani informowany/informowana o każdym przekazaniu danych.

Wyrażam zgodę na przekazywanie przez HanseMerkur Reiseversicherung AG moich danych dotyczących stanu zdrowia biegłym w zakresie medycyny, o ile jest to konieczne w ramach weryfikacji zobowiązania do świadczenia umownego, a moje dane dotyczące stanu zdrowia będą przez nich wykorzystywane zgodnie z celem ich przekazania i wyniki ekspertyz będą odsyłane do HanseMerkur Reiseversicherung AG.

W stosunku do moich danych dotyczących stanu zdrowia oraz pozostałych danych chronionych kodeksu karnego zwalniam z obowiązku dochowania tajemnicy osoby działające w imieniu HanseMerkur Reiseversicherung AG oraz biegłych w zakresie medycyny.

4. Przekazywanie zadań na inne placówki

HanseMerkur Reiseversicherung AG wykonuje określone zadania nie we własnym zakresie, lecz powierza ich realizację innej spółce lub placówce. Zadania te to np. usługa telefonu alarmowego czy telefoniczne konsultacje dla klientów, w ramach których może pojawiać się potrzeba pozyskiwania, przetwarzania lub wykorzystywania Pańskich/Pani danych dotyczących stanu zdrowia. HanseMerkur Reiseversicherung AG prowadzi aktualizowaną na bieżąco listę placówek oraz kategorii placówek, które zgodnie z umową zajmują się pozyskiwaniem, przetwarzaniem lub wykorzystywaniem danych dotyczących stanu zdrowia dla HanseMerkur Reiseversicherung AG. Lista ta zawiera również zestawienie przekazywanych zadań. Obecna lista dostępna jest w Internecie na stronie <http://hansemerkur.pl/pl/polityka-prywatnosci>, można także pisemnie poprosić o jej przesłanie.

Wyrażam zgodę na przekazywanie przez HanseMerkur Reiseversicherung AG danych na temat mojego stanu zdrowia placówkom wyszczególnionym na wyżej wspomnianej liście oraz na to, by te dane były tam w wymienionych celach pozyskiwane, przetwarzane lub wykorzystywane w takim samym zakresie, w jakim mogłaby to robić firma HanseMerkur Reiseversicherung AG. O ile jest to konieczne, w stosunku do udostępniania moich danych dotyczących stanu zdrowia oraz pozostałych danych chronionych kodeksu karnego zwalniam osoby działające w imieniu HanseMerkur Reiseversicherung AG oraz innych placówek z obowiązku dochowania tajemnicy.

5. Udostępnianie danych firmom reasekuracyjnym

W celu zabezpieczenia Pana/Pani roszczeń HanseMerkur Reiseversicherung AG może korzystać z firm reasekuracyjnych, które przejmą ryzyko w całości lub w części. Aby firma reasekuracyjna mogła wyrobić sobie własny pogląd na dane zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową, możliwe jest, że HanseMerkur Reiseversicherung AG przedłoży jej Pański/Pani wniosek o przyznanie świadczeń. W przypadku, gdy firmy reasekuracyjne wezmą na siebie zabezpieczenie ryzyka, mogą one kontrolować, czy firma HanseMerkur Reiseversicherung AG dokonała prawidłowej oceny zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową. W celu rozliczenia płatności składek i świadczeń możliwe jest przekazanie firmom reasekuracyjnym danych na temat Pańskich/Pani obecnych umów.

W wyżej wymienionych celach wykorzystywane są jak najbardziej zanonimizowane bądź spseudonimizowane dane, lecz również dane osobowe dotyczące stanu zdrowia. Pańskie/Pani dane osobowe będą wykorzystywane przez firmy reasekuracyjne tylko w wyżej wymienionych celach. HanseMerkur Reiseversicherung AG będzie Pana/Panią informować o przekazywaniu firmom reasekuracyjnym Pańskich/Pani danych dotyczących stanu zdrowia.

Wyrażam zgodę, aby - o ile to konieczne - dane dotyczące mojego stanu zdrowia były przekazywane firmom reasekuracyjnym i tam wykorzystywane do wymienionych celów. O ile jest to konieczne, w stosunku do moich danych dotyczących stanu zdrowia oraz pozostałych danych chronionych kodeksu karnego zwalniam osoby działające w imieniu HanseMerkur Reiseversicherung AG z obowiązku dochowania tajemnicy.

Miejscowość

Data

Podpis osoby, której dane mają zostać pozyskane
bądź jej reprezentanta prawnego

Świadectwo lekarskie:

Nr ubezpieczenia:
Nr szkody:

Szanowny Panie Doktorze/Szanowna Pani Doktor,

w interesie naszego klienta/klientki, a Pana/Pani pacjenta/pacjentki prosimy o udzielenie odpowiedzi na wszystkie poniższe pytania, wypełniając formularz drukowanymi literami. Umożliwi nam to dokonanie oceny obowiązku świadczenia umownego w ramach ubezpieczenia kosztów przerwania podróży.

(W razie niewystarczającej ilości miejsca prosimy uzupełnić swoje informacje na osobnej kartce.)

Imię i nazwisko pacjenta/pacjentki

Data urodzenia

Ulica, kod pocztowy, miejsce zamieszkania

1. a) Dokładna diagnoza z uwzględnieniem kodu ICD choroby/wypadku stanowiącej/stanowiącego przyczynę anulowania wyjazdu:

- b) Wprowadzenie/anamneza całościowa (w razie potrzeby można kontynuować na dodatkowej kartce): _____
2. Kiedy została postawiona diagnoza, wzgl. kiedy miał miejsce wypadek? _____
3. Kiedy w związku z tymi dolegliwościami po raz pierwszy pacjent(ka) zgłosił(a) się do lekarza? _____
4. a) Czy stwierdzono niezdolność do pracy? Nie Tak, od _____ do _____
Jeżeli tak, to prosimy załączyć kopię zaświadczenia o niezdolności do pracy!
- b) Jeżeli nie, prosimy podać uzasadnienie: _____
5. Stacjonarne leczenie szpitalne? Nie Tak, od _____ do _____
Jeżeli tak, prosimy koniecznie załączyć również kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub rozpoznanie przy przyjęciu do szpitala!
6. Jakie postępowanie terapeutyczne zostało wdrożone? Prosimy podać informację o przepisanych lekach!

7. a) Kiedy odbywały się poszczególne działania medyczne związane z tym schorzeniem (prosimy podać daty)?

- b) Jakże dokładnie badania zostały przeprowadzone? _____
8. a) Czy ta choroba trwała już od dłuższego czasu? Nie Tak, od kiedy dokładnie? _____
- b) Kiedy dokładnie, szczególnie w ciągu ostatnich lat, miały miejsce poszczególne działania medyczne związane z wyżej wymienionym(i) schorzeniem/schorzeniami? Prosimy podać dokładne daty! (W razie potrzeby prosimy kontynuować na osobnej kartce) _____
- c) W którym z tych dni były podejmowane działania medyczne z powodu pogłębienia się istniejącego schorzenia?

9. a) Czy **przed** dokonaniem rezerwacji podróży w dniu _____ (data) pytano Pana/Panią o zdolność do podjęcia podróży?
 Nie Tak, po raz pierwszy w dniu _____
- b) Jeśli tak, to jaka rada została przekazana pacjentowi/pacjentce, wzgl. na co zwrócono mu/jej uwagę?

10. Czy **po** dokonaniu rezerwacji podróży w dniu (data patrz punkt 9. a) pytano Pan/Panią o zdolność do podjęcia podróży?
 Nie Tak, po raz pierwszy w dniu _____
ostatnim razem w dniu _____
11. Kiedy odradził(a) Pan(i) wyjazd w podróż? Data: _____
Uzasadnienie: _____
12. Czy pacjent/pacjentka został(a) skierowany do specjalisty? Nie Tak, w dniu: _____

Prosimy w tym miejscu podać nazwisko i adres lekarza specjalisty!

Pieczęć i podpis lekarza

Miejscowość/Data